



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/967 - Lumbalgia y síndrome medular. De lo frecuente a lo infrecuente

M.M. Carricundo Avivar^a, A.B. Bárcena Atalaya^b, E.M. Ortega Hidalgo^c, J.D. Moreno Macías^d y M.R. Martos Castello^e

^aMédico Residente 3^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ^cMédico Residente 4^o año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^dMédico Residente 3^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^eMédico Residente 2^o año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años con antecedentes de neumotórax espontáneo, fumador de marihuana, exconsumidor de tabaco y cocaína. Acude a consulta de médico de familia por dolor de características punzantes a nivel sacro de inicio súbito, irradiado a zona genital y miembros inferiores, acompañado de parestesias. Se pautan analgésicos, con escasa respuesta en domicilio y consulta de nuevo a las 12 horas por debilidad rápidamente progresiva hasta paresia bilateral de miembros inferiores, junto a dificultad para orinar al inicio del cuadro, sin micción espontánea en las últimas horas ni defecación en los dos días previos. Clínica catarral hace diez días.

Exploración y pruebas complementarias: Balance motor por grupos musculares: miembros superiores 5/5 con reflejo estiramiento muscular presente; en inferiores paraplejia flácida arrefléxica, reflejo cutáneoplantar indiferente. Anestesia algésica y térmica e hipoestesia táctil con nivel D4; posicional y artrocinética derecha abolida. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para estudio: hemograma (leucocitos $16 \times 10^9/L$, neutrófilos $9,5 \times 10^9/L$), estudio de anemias, bioquímica, proteína C reactiva, coagulación, electrocardiograma, gasometría venosa, radiografía columna dorsolumbar normales. Dada la progresión clínica, se pasa al paciente a observación con monitorización, realizándose punción lumbar (líquido aspecto claro, valores normales, PCR VHS negativo) y se solicita RMN columna (alteración de intensidad de señal en cordón medular, nivel T11-12 y cono de predominio central, con ligera expansión medular, sin signos de compresión extrínseca; y desde D4-L1, apreciándose abombamiento medular difuso. Hiperintensidad de sustancia gris de los dos tercios anteriores del cordón medular). Se inicia tratamiento con corticoides (mala respuesta) y ácido acetilsalicílico. Se ingresa en Neurología y se amplía estudio con ecocardiograma, holter, estudio de autoinmunidad, serologías, estudio de trombofilia, proteinograma, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, RMN craneal y angio-TAC toraco-abdominal.

Juicio clínico: Síndrome medular transverso completo de inicio agudo por infarto en territorio de la arteria espinal anterior.

Diagnóstico diferencial: Causas síndrome medular: vascular (alteraciones metabólicas, cardiopatía estructural o del ritmo embolígena, patología de aorta, vasculopatías), infecciosa/inflamatoria/compresiva, autoinmune, polineuropatía (síndrome de Guillain-Barré).

Comentario final: Se trata de un paciente joven con un cuadro de paraparesia súbita que nos orienta hacia patologías capaces de provocar un síndrome medular agudo. El diagnóstico del infarto de médula espinal es eminentemente clínico, de ahí radica la importancia de una adecuada realización e interpretación de la exploración neurológica. Su diagnóstico requiere pruebas complementarias que confirmen y a su vez descarten otras patologías (abscesos, tumores, fracturas, hematoma, etc.), como puede ser la RNM. Se trata de una entidad infrecuente pero con pronóstico grave y discapacitante (afectación vesical, intestinal, psiquiátrica, disfunción sexual, espasticidad, dolor crónico). Hay que destacar la necesidad de prevenir los factores de riesgo, diagnóstico clínico adecuado y administración de tratamiento antitrombótico precoz, requiriendo un estrecho seguimiento posterior por parte del Equipo de Atención Primaria y de los cuidadores principales. Recalcar la importancia de no banalizar las lumbalgias que acuden a nuestras consultas, ya que en raras ocasiones, nos encontramos con estas u otras entidades que requieren diagnóstico y tratamiento rápido por nuestra parte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordonnier C. Spinal cord infarcts. Prat Neurol FMC. 2014;5(2):104-6.
2. Transverse Myelitis Consortium Working Group. Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. Neurology. 2002;59(4):499-505.
3. Hernández F, Fernández E, Pérez JL, García J. Los Ojos de Búho. Clin Med Fam. 2011;4(3):250-3.
4. Richie MB, Pruitt AA. Spinal Cord Infections. Neurol Clin. 2013;31:19-53.